

PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON TCA

**Perfil Clínico de Pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA).**

Estudiante:

Nataly Stefania Ramos Lovera

Docente:

Leidy Tatiana Castañeda Quirama

Institución Universitaria Politecnico Grancolombiano

Facultad de sociedad, cultura y creatividad

Medellin – Colombia Julio 2025

# PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON TCA

## Tabla de contenido

Resumen .....	6
Planteamiento del Problema .....	7
Justificación .....	9
Marco Teórico .....	12
Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) .....	12
Trastorno por atracón (TA) .....	12
Bulimia nerviosa (BN) .....	13
Anorexia nerviosa (AN) .....	13
Objetivos .....	15
Objetivo General .....	15
Objetivos Específicos .....	15
Método 16	
Población y Muestra .....	16
Procedimiento .....	16
Aspectos éticos .....	16
Resultados .....	18
Características Sociodemográficos de la población evaluada .....	18
Antecedentes clínicos relevantes .....	20
Conducta Alimentaria .....	24
Discusión .....	34

## PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON TCA

Conclusión ..... 37

Referencias ..... 39

**Índice de Tablas**

<b>Tabla 1.</b> <i>Distribución por sexo de los participantes</i> .....	18
<b>Tabla 2.</b> <i>Edad de las participantes</i> .....	18
<b>Tabla 3.</b> <i>Estado Civil de las participantes</i> .....	19
<b>Tabla 4.</b> <i>Ocupación de las participantes</i> .....	19
<b>Tabla 5.</b> <i>Municipio en el que residen las participantes</i> .....	20
<b>Tabla 6.</b> <i>Medicamentos</i> .....	21
<b>Tabla 7.</b> <i>Presencia de ideación suicida</i> .....	21
<b>Tabla 8.</b> <i>Presencia de Intentos suicidas</i> .....	22
<b>Tabla 9.</b> <i>Detonantes de la ideación o intento suicida</i> .....	22
<b>Tabla 10.</b> <i>Empleo de conductas de Autolesiones</i> .....	23
<b>Tabla 11.</b> <i>Acompañamientos previos de salud mental</i> .....	23
<b>Tabla 12.</b> <i>Antecedentes de abuso</i> .....	24
<b>Tabla 13.</b> <i>Calidad de sueño</i> .....	24
<b>Tabla 14.</b> <i>Detonantes síntomas de TCA</i> .....	25
<b>Tabla 15.</b> <i>Factores de predisposición</i> .....	25
<b>Tabla 16.</b> <i>Patrón restrictivo en la conducta alimentaria</i> .....	26
<b>Tabla 17.</b> <i>Patrón de atracones</i> .....	27
<b>Tabla 18.</b> <i>Frecuencias de regulación emocional</i> .....	27
<b>Tabla 19.</b> <i>Frecuencias de clasificación</i> .....	28

## PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES CON TCA

<b>Tabla 20.</b> <i>Frecuencias de ha usado dietas o pastillas para bajar de peso</i> .....	28
<b>Tabla 21.</b> <i>Frecuencias de trastorno de ansiedad</i> .....	29
<b>Tabla 22.</b> <i>Frecuencias de trastorno de personalidad</i> .....	29
<b>Tabla 23.</b> <i>Frecuencias de depresión recurrente</i> .....	29
<b>Tabla 24.</b> <i>Frecuencias de conciencia de enfermedad</i> .....	30
<b>Tabla 25.</b> <i>Frecuencias de deseo de cambio</i> .....	30
<b>Tabla 26.</b> <i>Frecuencias de Diagnóstico</i> .....	31
<b>Tabla 27.</b> <i>Frecuencias de SEVERIDAD</i> .....	32
<b>Tabla 28.</b> <i>Frecuencias de hospitalizaciones mientras está en el programa</i> .....	32
<b>Tabla 29.</b> <i>Frecuencias de motivo de hospitalizaciones</i> .....	32
<b>Tabla 30.</b> <i>Estado actual del paciente</i> .....	33

### Resumen

**Introducción:** Los Trastornos de la Conducta Alimentaria tienen una alta prevalencia a nivel mundial y actualmente ocupan el tercer lugar como enfermedad recurrente en adolescentes y jóvenes. **Objetivo:** Describir las características clínicas y de los pacientes que asisten al programa de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) del Centro de Inmunología y Genética de Medellín. **Método:** Estudio observacional, descriptivo con diseño no experimental. Se incluyeron 130 pacientes y se realizaron análisis univariados. **Resultados:** Se encontró una alta prevalencia de TCA en mujeres jóvenes, con comorbilidades como ansiedad, depresión y antecedentes de trauma, además la alta insatisfacción corporal y la presión sociocultural se identificaron como principales factores detonantes. **Conclusión:** Se destaca la necesidad de estrategias multidisciplinarias que integren el abordaje de la salud mental y la prevención del trauma para mejorar la atención de los pacientes con TCA en Colombia.

**Palabras clave:** Trastornos de la Conducta Alimentaria, Comorbilidades psiquiátricas, Depresión, Ansiedad, Perfil clínico.

### Planteamiento del Problema

¿Cuál es el perfil clínico de una muestra de pacientes que asisten a un programa de trastornos de la conducta alimentaria en la ciudad de Medellín?

Dentro de los estudios revisados Sander *et al.* (2020) y Castañeda *et al.* (2024) analizaron los factores moderadores en la relación entre la ansiedad/depresión y el deterioro asociado a los trastornos alimentarios, encontrando que los TCA son más graves en personas que presentan regulación disfuncional del estado de ánimo, baja autoestima y perfeccionismo, factores que se relacionan estrechamente con trastornos como la depresión y la ansiedad.

Otros estudios como el de Saleem *et al.* (2014), examinaron la coexistencia entre la depresión y los trastornos alimentarios, encontrando que existe una alta correlación entre estas variables. De forma similar, Hughes *et al.* (2013) demostraron que las personas con depresión y TCA presentaron complicaciones sintomatológicas más severas y peor pronóstico de recuperación.

De igual manera, Wojciech-Pilecki *et al.* (2013) confirmaron que las pacientes con bulimia nerviosa y depresión tenían una percepción más negativa de la relación con la familia, en comparación con las población no clínica. Por su parte Afifi *et al.* (2017) analizaron si las relaciones entre los distintos tipos de maltrato infantil estarían relacionados con desarrollar trastornos de la conducta alimentaria en la adultez y si existen diferencias según el sexo. Los hallazgos sugieren, que todos los tipos de abuso y maltrato infantil (como el abuso emocional y sexual), fueron los más relevantes y tenían un impacto duradero en la salud alimentaria.

Por otra parte, se ha encontrado en torno a la frecuencia de los trastornos de estrés

postraumático (TEPT) y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), que la mayoría de los hombres y mujeres que presentaban trastornos de la conducta alimentaria habían vivido experiencias de trauma interpersonal, como abusos emocionales, sexuales y físicos en relaciones cercanas (Mitchell *et al.*, 2012).

En relación con las características de personalidad, Khosravi (2020) identificó una elevada presencia de TCA en personas con trastorno límite de la personalidad, resaltando la importancia clínica de factores como la alexitimia, la ansiedad y la depresión, indicando que los pacientes con TCA y TLP tienden a experimentar mayores dificultades psicológicas y emocionales.

Otros estudios destacaron la vinculación entre conductas suicidas y trastornos alimentarios. Conti *et al.* (2017) evidenciaron un alto riesgo de ideación suicida en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. En línea con estos hallazgos Patel *et al.* (2021) evidenciaron que los adolescentes con trastorno depresivo mayor y trastorno de la conducta alimentaria presentaron un riesgo significativamente mayor de tener ideación suicida, especialmente aquellos con trastornos alimentarios no especificados. Sin embargo, los intentos de suicidio fueron menos frecuentes en comparación con la ideación suicida.

### **Justificación**

Además de aportar información clave que permita establecer un perfil clínico y sociodemográfico de las pacientes que asisten a un programa especializado en Colombia diagnosticadas con Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA), el propósito de este estudio es también comprender las variables emocionales, familiares, sociales y fisiológicas que están asociadas a estos trastornos. Ello permitiría una aproximación más integral y personalizada para el tratamiento.

A su vez, este enfoque facilita identificar áreas vulnerables que pueden ser intervenidas de forma más oportuna y precisa, y ofrece insumos para futuras investigaciones que profundicen en factores específicos como la regulación emocional, la presencia de comorbilidades psiquiátricas y el entorno sociocultural. Los TCA se han convertido en una problemática de salud pública a nivel global, particularmente entre adolescentes y mujeres jóvenes (Organización Mundial de la Salud, 2024).

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) son enfermedades psiquiátricas complejas, multicausadas, que afectan principalmente a adolescentes y mujeres jóvenes. El diagnóstico más frecuente durante la adolescencia es el de TCA no especificado, seguido por el de anorexia nervosa y bulimia nervosa. Todos estos trastornos comparten síntomas cardinales tales como la preocupación excesiva por la comida, peso y/o figura corporal y el uso de medidas no saludables para controlar o reducir el peso corporal (López & Treasure, 2010, p. 85).

En el contexto colombiano, el abordaje de los TCA ha sido limitado y fragmentado. La mayoría de los estudios se han concentrado en entornos escolares o universitarios, sin

explorar suficientemente las características clínicas de pacientes en tratamiento. Esto ha llevado a un vacío de información sobre el comportamiento de estos trastornos en entornos clínicos reales. Duarte y Mendieta (2019) señalan que la población de jóvenes estudiantes ha sido el foco de estudio, siendo así que se podría ampliar la visión a otras poblaciones para generar así una definición de perfil clínico un poco más general que englobe la mayor parte de afectados por este trastorno.

Al analizar una muestra clínica amplia, la presente investigación busca llenar ese vacío representando un gran aporte para la comprensión de este fenómeno identificando patrones que refuerzan hallazgos internacionales sobre la alta comorbilidad con trastornos como la depresión, la ansiedad y el trastorno límite de la personalidad. Un ejemplo de esos hallazgos es que el 45 % de las pacientes presentan síntomas de depresión y el 34% han tenido ideación o intentos suicidas. Por ello, es urgente la atención en salud mental y por sobre todo de identificar las áreas de ajuste necesarias para garantizar un impacto relevante en los tratamientos y terapias de los pacientes.

Numerosos estudios han señalado prevalencias altas de suicidio, ideación e intentos suicidas, así como comportamientos de autolesión no suicida (CALNS) en personas con trastornos del comportamiento alimentario (TCA). El suicidio es una de las principales causas de mortalidad en anorexia nerviosa (AN). Huas *et al.* informan una tasa estandarizada de mortalidad por suicidio de 10,6 (IC 95%: 7,6-14,4). Los factores asociados fueron mayor edad, cronicidad del TCA, historia de IS, abuso de diuréticos, intensidad de los síntomas alimentarios y deseo de mantener un índice de masa corporal (IMC) bajo. (Rodríguez *et al.*, 2013, p. 20)

Asimismo, este estudio busca entender y analizar en qué medida los factores como la desregulación emocional, la insatisfacción corporal y la presión social son determinantes en la aparición y mantenimiento de los TCA. Esto concuerda con lo descrito por Marín y García (2023), quienes destacan que la interacción continua a las redes sociales y medios de interacción de este estilo generan una idealización hacia figuras inalcanzables lo cual fomenta el concepto sobre el ideal de delgadez, siendo este además una de las mayores mantenedores y reforzando aquellas conductas mal adaptativas en adolescentes con trastornos de conducta alimentaria o siendo un detonante para desarrollar dicho trastorno.

Si bien existen políticas como la Política Nacional de Salud Mental, materializada en la Resolución 4886 de 2018 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2018), la limitada cobertura de servicios especializados y la falta de protocolos adaptados a la realidad colombiana dificultan una atención oportuna. Este estudio, por tanto, no sólo responde a una necesidad científica, sino también social y ética, al ofrecer un análisis detallado de una población clínica que ha sido poco visibilizada. En síntesis, se espera que los resultados obtenidos sirvan como referencia para el diseño de estrategias de prevención e intervención más eficaces y multidisciplinarias, que integren componentes nutricionales, psicológicos y psiquiátricos. Asimismo, esta investigación puede convertirse en un insumo fundamental para el desarrollo de políticas públicas enfocadas en el tratamiento integral de los TCA en el país e incluso como base a nivel internacional para futuras investigaciones en otros contextos sociales y culturales.

## **Marco Teórico**

### **Trastornos de la conducta alimentaria (TCA)**

Los trastornos de la conducta alimentaria son afecciones psicológicas que implican cambios en los hábitos alimentarios resaltando una gran preocupación por el peso y la imagen corporal de la persona, afectando gravemente la salud emocional, social y física (Fairburn *et al.*, 2003).

Los trastornos alimentarios incluyen varios tipos de trastornos con parámetros clínicos específicos, según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5* (American Psychiatric Association, 2014), los cuales son: Trastorno por atracón (TA), Bulimia nerviosa (BN) y Anorexia nerviosa (AN).

#### ***Trastorno por atracón (TA)***

El trastorno por atracón se caracteriza por la presencia de episodios en los que la persona consume una cantidad excesiva de comida en un corto periodo de tiempo teniendo una sensación de pérdida de control durante el episodio generando en la persona una sensación de malestar, este trastorno no emplea conductas o métodos compensatorias después del episodio a diferencia de otros trastornos alimentarios. Las personas que padecen de este trastorno suelen presentar sobrepeso y son más propensos a sufrir depresión o ansiedad, especialmente si están intentando bajar de peso, entre las conductas más comunes se presentan: comer hasta sentirse desagradablemente lleno, comer mucho más rápido de lo normal, comer solo/a y experimenta emoción de culpa después de comer (American Psychiatric Association, 2014).

Este trastorno genera como consecuencias tanto físicas y emocionales, entre las físicas se encuentran el aumento de peso la obesidad, problemas cardiovasculares,

problemas digestivos, fatiga y falta de energía y complicaciones hepáticas, en el área emocional presenta baja autoestima, aislamiento social, culpa y vergüenza y en la mayoría de los casos se evidencia ansiedad y depresión (Cuadro & Baile, 2015).

### ***Bulimia nerviosa (BN)***

La bulimia nerviosa es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de atracones, es decir, el consumo de grandes cantidades de comida en poco tiempo, las personas con bulimia nerviosa suelen compensar los atracones mediante conductas con vómitos inducidos (emesis), ayunos prolongados, uso excesivo de laxantes o diuréticos y ejercicio físico excesivo. Las características principales son: sensación de pérdida de control durante los atracones, conductas compensatorias para evitar el aumento de peso (American Psychiatric Association, 2014).

Las personas que padecen este trastorno alimentario suelen presentar características claves como una autoimagen corporal distorsionada, conductas de purga, sentimiento de culpa, ansiedad, preocupación excesiva por el peso y figura corporal, entre las consecuencias físicas se presenta problemas gastrointestinales, deshidratación y el daño del esmalte dental por el ácido del vomito entre otros, muchas veces las personas pueden recuperarse completamente o aprender a controlar sus síntomas de forma efectiva (Wilson & Kagabo, 2024).

### ***Anorexia nerviosa (AN)***

La anorexia nerviosa es un trastorno alimentario que se caracteriza por una restricción extrema de la ingesta de alimentos, las personas que presentan este trastorno suelen tener un miedo intenso a subir de peso y suelen limitar las cantidades de los

alimentos, estas personas presentan una imagen corporal distorsionada dando mucha importancia a su figura y peso (American Psychiatric Association, 2014). Según Duarte y Mendieta (2019) si no se recibe tratamiento, la pérdida de peso puede llegar a un punto en el que las personas con anorexia corren un alto riesgo de daños físicos graves o la muerte.

Algunos de los síntomas físicos de la anorexia nerviosa son: presión arterial baja, deshidratación, ritmo cardiaco irregular, piel seca, lanugo, debilidad, mareo, dificultad para concentrarse, desgaste de los dientes por emesis inducido y amenorrea, entre otros, Adicional los pacientes que padecen de este trastorno alimentario no solo se ve afectada su área física si no también área emocional y conductual, estas personas presentan temor y preocupación a ganar de peso, higiene del sueño, irritabilidad, centrarse en la apariencia lo cual la persona se mira a menudo en el espejo, y suele presentarse ansiedad y depresión.

La anorexia nerviosa suele comenzar durante la adolescencia y es más frecuente en mujeres que en hombres, sin embargo, con un tratamiento adecuado, es posible la recuperación y una mejora significativa en la calidad de vida.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Describir las características clínicas de los pacientes que asisten al programa de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) del Centro de Inmunología y Genética en la ciudad de Medellín.

### **Objetivos Específicos**

1. Determinar las características sociodemográficas de la muestra evaluada
2. Establecer la prevalencia de los principales diagnósticos en la conducta alimentaria
3. Describir las características de personalidad en pacientes con TCA
4. Medir la prevalencia de otros trastornos comórbidos a los TCA
5. Identificar las complicaciones médicas asociadas a los TCA

### **Método**

Este estudio se clasificó como observacional, prospectivo y analítico. Tiene un alcance descriptivo y se inscribe en un diseño no experimental. Se emplearon análisis univariados para caracterizar las condiciones sociodemográficas de la población y el perfil clínico de los pacientes.

### **Población y Muestra**

La muestra estuvo conformada por 130 pacientes del programa de trastornos de la conducta alimentaria del Centro de Inmunología y Genética en la ciudad de Medellín. No se contemplaron criterios de exclusión, ya que se incluyó toda la población clínica que pertenece al programa de trastornos de la conducta alimentaria.

La investigación no empleó un muestreo específico, debido a que se trabajó con el número total de registros con los que cuenta la entidad; es decir, el conjunto total de observaciones corresponde a población clínica con trastornos asociados a las conductas alimentarias.

### **Procedimiento**

Se construyó una base de datos con todas las variables clínicas de los pacientes, haciendo análisis individual de cada una de las historias clínicas. La base de datos se construyó entre mayo de 2024 y mayo de 2025. Los estudiantes del semillero de psicología clínica y salud mental estuvo a cargo de la digitalización de los datos.

### **Aspectos éticos**

Según la Resolución 008430 de 1993 (Ministerio de Salud y Protección Social, 1993) y la Ley 23 de 1981 (Congreso de la República de Colombia, 1981) esta

investigación es de bajo riesgo. No se manipula experimentalmente los informantes, ni tiene incidencias en la salud mental o física de ellos. Dentro de las condiciones éticas para este estudio, se encuentran las siguientes:

*Secreto Profesional:* la investigación garantiza el anonimato de los participantes debido a la importancia y respeto a la dignidad y valor del individuo, además el respeto por el derecho a la privacidad. Los investigadores se comprometieron a no informar en sus publicaciones ningún nombre de los participantes ni otra información que permitiese su identificación.

Se contó con *el consentimiento informado*, por escrito, de todas las personas participantes en la investigación. En la cita de ingreso al programa, cada paciente firma un consentimiento donde da su aval explícito para que los datos clínicos arrojados en el curso del tratamiento puedan ser analizados en investigaciones científicas

## Resultados

### Características Sociodemográficos de la población evaluada

**Tabla 1.**

*Distribución por sexo de los participantes*

Sexo	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
Mujer	122	94%	94%
Hombre	18	6%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

De los 130 pacientes, el mayor porcentaje eran mujeres, lo que es consistente con la alta incidencia reportada de trastornos de la conducta alimentaria en población femenina.

**Tabla 2.**

*Edad de las participantes*

	Edad
N	130
Perdidos	0
Media	21.81
Mediana	18.00
Desviación estándar	9.39
Mínimo	10
Máximo	59

*Fuente:* Elaboración propia

De los 130 participantes, la edad promedio es de 18 años.

**Tabla 3.***Estado Civil de las participantes*

Estado Civil	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
<b>Soltero</b>	118	91%	91%
<b>Casado</b>	9	7%	98%
<b>Unión libre</b>	3	2%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La mayor parte de la población reporto ser soltera.

**Tabla 4.***Ocupación de las participantes*

Ocupación	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
<b>Estudiante Bachillerato</b>	67	52%	52%
<b>Estudiante Universitario</b>	21	16%	68%
<b>Empleada (o)</b>	27	21%	88%
<b>Estudia y trabaja</b>	4	3%	92%
<b>Desempleada (o)</b>	9	7%	98%
<b>Estudiante primaria</b>	2	2%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La relevancia de la población estudiantil destaca la posible influencia del ambiente académico y social en la manifestación de conductas alimentarias, además de señalar la vulnerabilidad de estos grupos ante presiones y estándares estéticos.

**Tabla 5.***Municipio en el que residen las participantes*

<b>Municipio</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Medellín</b>	88	68%	68%
<b>Bello</b>	14	11%	78%
<b>Santuario</b>	1	1%	79%
<b>San Antonio de prado</b>	2	2%	81%
<b>Caldas</b>	2	2%	82%
<b>Itagüí</b>	4	3%	85%
<b>Envigado</b>	6	5%	90%
<b>Sabaneta</b>	5	4%	94%
<b>Copacabana</b>	4	3%	97%
<b>Rionegro</b>	2	2%	98%
<b>Estrella</b>	1	1%	99%
<b>Carmen de Viboral</b>	1	1%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La mayoría de la muestra se concentra en Medellín, lo que favorece la homogeneidad en el acceso a servicios y recursos; sin embargo, la dispersión en otros municipios también destaca la necesidad de adaptar intervenciones a contextos geográficos diversos.

**Antecedentes clínicos relevantes**

**Tabla 6.***Medicamentos*

<b>Medicamentos</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Ninguno</b>	26	20%	20%
<b>Antidepresivos</b>	77	59%	79%
<b>Ansiolíticos</b>	14	11%	90%
<b>Ansiolítico antidepresivo</b>	1	1%	91%
<b>Antiepilépticos</b>	2	2%	92%
<b>Multivitamínicos</b>	4	3%	95%
<b>Digestivos</b>	1	1%	96%
<b>Colesterol</b>	2	2%	98%
<b>Hipotiroidismo</b>	1	1%	98%
<b>Dolor neuropático</b>	2	2%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La elevada ingesta de antidepresivos refleja la prevalencia de alteraciones del estado de ánimo y refuerza la importancia de integrar el abordaje farmacológico y psicológico en el tratamiento del TCA.

**Tabla 7.***Presencia de ideación suicida*

<b>Ideación suicida</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No</b>	85	65%	65%
<b>Si</b>	45	35%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

Como se puede observar, hay un riesgo significativo en la muestra por lo cual se presenta necesidad de intervenciones puntuales en salud mental y estrategias efectivas de prevención del suicidio.

**Tabla 8.**

*Presencia de Intentos suicidas*

<b>Intentos suicidas</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No</b>	86	66%	66%
<b>Si</b>	44	34%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La presencia de intentos suicidas hay guarda similitud porcentual con la ideación suicida. Esto es preocupante porque se evidencia una transición de pensamientos a acciones por lo cual debería darse un monitoreo exhaustivo y atención inmediata en estos casos.

**Tabla 9.**

*Detonantes de la ideación o intento suicida*

<b>Detonantes</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No aplica</b>	77	59%	59%
<b>Desregulación emocional</b>	32	25%	84%
<b>Comentarios críticos apariencia</b>	12	9%	93%
<b>Dificultades intrafamiliares</b>	9	7%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La desregulación emocional es el detonante predominante, lo que enfatiza la

necesidad de fortalecer estrategias de regulación emocional y de abordaje de las presiones sociales relacionadas con la imagen.

**Tabla 10.**

*Empleo de conductas de Autolesiones*

<b>Autolesiones</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No</b>	86	66%	66%
<b>Si</b>	44	34%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

El 34% de los pacientes han manifestado conductas autolesivas. La presencia de autolesiones en más de un tercio de la muestra refuerza la urgencia de implementar intervenciones terapéuticas orientadas a la autorregulación emocional y al manejo del malestar psicológico.

**Tabla 11.**

*Acompañamientos previos de salud mental*

<b>Acompañamientos previos de salud mental</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Ninguno</b>	52	40%	40%
<b>Psicología y psiquiatría</b>	38	29%	69%
<b>Psicología</b>	31	24%	93%
<b>Psiquiatría</b>	9	7%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La considerable proporción sin atenciones previas en salud mental sugiere brechas en el acceso o en la búsqueda de ayuda, situación que podría incidir en la evolución de los TCA.

**Tabla 12.**

*Antecedentes de abuso*

<b>Antecedentes de abuso</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No</b>	101	78%	78%
<b>Si</b>	29	22%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

Este hallazgo resalta la necesidad de evaluar el impacto del trauma en el desarrollo y mantenimiento de los TCA, integrándolo en el abordaje terapéutico.

**Tabla 13.**

*Calidad de sueño*

<b>Sueño</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Sin alteraciones</b>	95	73%	73%
<b>Con alteraciones</b>	35	27%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

Las alteraciones en el sueño pueden ser tanto consecuencia como factor agravante de las alteraciones emocionales y conductuales, por lo que deben evaluarse en el marco clínico integral.

**Conducta Alimentaria**

**Tabla 14.***Detonantes síntomas de TCA*

<b>Detonantes TCA</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Comentarios críticos apariencia</b>	32	25%	25%
<b>Insatisfacción corporal</b>	62	48%	72%
<b>Selectividad alimentaria</b>	3	2%	75%
<b>Comparación corporal</b>	5	4%	78%
<b>Ideales familiares y sociales delgadez</b>	17	13%	92%
<b>Ruptura relaciones significativas</b>	3	2%	94%
<b>Ansiedad por comer</b>	5	4%	98%
<b>Inadecuados hábitos</b>	3	2%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La insatisfacción corporal se posiciona como el principal detonante, lo que evidencia la influencia de los estándares estéticos y la percepción corporal en el desarrollo del TCA.

**Tabla 15.***Factores de predisposición*

<b>Factores de predisposición</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Desregulación emocional</b>	2	2%	2%
<b>Trastorno de ansiedad</b>	7	5%	7%
<b>Minusvalía</b>	1	1%	8%
<b>Perfeccionismo</b>	10	8%	15%
<b>Selectividad alimentaria</b>	5	4%	19%

<b>Temor al rechazo</b>	47	36%	55%
<b>Insatisfacción corporal</b>	3	2%	58%
<b>Experiencias negativas</b>	11	8%	66%
<b>Trastorno depresivo</b>	5	4%	70%
<b>TCA en la familia</b>	3	2%	72%
<b>Ideales delgadez</b>	24	18%	91%
<b>Inadecuados hábitos</b>	12	9%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

Estos resultados ponen de relieve la importancia de la autoimagen y la presión social, factores que deben ser considerados en el diseño de estrategias preventivas.

#### **Tabla 16.**

##### *Patrón restrictivo en la conducta alimentaria*

<b>Patrón restrictivo (frecuencia)</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No</b>	42	32%	32%
<b>Diariamente</b>	79	61%	93%
<b>2 o 3 veces a la semana</b>	9	7%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La alta frecuencia de restricción diaria es indicativa de conductas alimentarias rígidas y representan un riesgo elevado para el mantenimiento y agravación del TCA.

**Tabla 17.***Patrón de atracones*

<b>Patrón de Atracones</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No</b>	66	51%	51%
<b>1-2 por semana</b>	22	17%	68%
<b>3 a 4 por semana</b>	19	15%	83%
<b>5 a 6 veces a la semana</b>	3	2%	85%
<b>Diario</b>	15	12%	97%
<b>1 vez al mes</b>	4	3%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La presencia de atracones, aun cuando en menor proporción, sugiere la coexistencia de comportamientos impulsivos en la alimentación que pueden complicar el cuadro clínico.

**Tabla 18.***Frecuencias de regulación emocional*

<b>Regulación emocional</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Sin habilidades</b>	110	85%	85%
<b>Con habilidades</b>	20	15%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

Este hallazgo es crítico, ya que la falta de regulación emocional puede potenciar tanto la ideación suicida como las conductas autolesivas y la disfunción en la alimentación.

**Tabla 19.***Frecuencias de clasificación*

<b>Clasificación</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Peso menor al Normal</b>	20	15%	15%
<b>Sobrepeso</b>	28	22%	37%
<b>Normal</b>	65	50%	87%
<b>Delgadez severa</b>	1	1%	88%
<b>Obesidad Tipo I</b>	12	9%	97%
<b>Obesidad Tipo II</b>	1	1%	98%
<b>Obesidad Tipo III</b>	3	2%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La distribución del IMC evidencia una diversidad en el estado nutricional de los pacientes, lo que implica la necesidad de intervenciones individualizadas según cada perfil.

**Tabla 20.***Frecuencias de ha usado dietas o pastillas para bajar de peso*

<b>Ha usado dietas o pastillas para bajar de peso</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No</b>	55	43%	43%
<b>Si</b>	74	57%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La tabla 24 sugiere una tendencia a recurrir a soluciones rápidas o farmacológicas, lo que podría estar relacionado con la presión por alcanzar ideales estéticos.

**Tabla 21.***Frecuencias de trastorno de ansiedad*

Trastorno de ansiedad	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	71	55%	55%
Si	59	45%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La elevada incidencia de ansiedad reitera la presencia de factores emocionales y de estrés que inciden en el cuadro clínico del TCA.

**Tabla 22.***Frecuencias de trastorno de personalidad*

Trastorno de personalidad	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	119	92%	92%
Si	11	8%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

Este bajo porcentaje indica que, si bien existen comorbilidades, los trastornos de personalidad son menos prevalentes en esta muestra.

**Tabla 23.***Frecuencias de depresión recurrente*

Depresión recurrente	Frecuencias	% del Total	% Acumulado
No	72	55%	55%
Si	58	45%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La alta tasa de depresión subraya la necesidad de estrategias integradas que aborden tanto los síntomas del TCA como las afectaciones en el estado de ánimo.

**Tabla 24.**

*Frecuencias de conciencia de enfermedad*

<b>Conciencia de enfermedad</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No</b>	41	32%	32%
<b>Si</b>	88	68%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

En su mayor porcentaje las pacientes presentan conciencia de enfermedad

**Tabla 25.**

*Frecuencias de deseo de cambio*

<b>Deseo de cambio</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No</b>	40	31%	31%
<b>Si</b>	88	69%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

El elevado anhelo de transformación sugiere una motivación intrínseca favorable para la intervención, lo que puede contribuir al éxito del tratamiento.

**Tabla 26.***Frecuencias de Diagnóstico*

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
AN	51	39%	39%
TPA	13	10%	49%
ARFID	1	1%	50%
Anorexia Atípica	10	8%	58%
BN	28	22%	79%
BN y mixto ansiedad y depresión	6	5%	84%
AN y depresión	4	3%	87%
TPA y mixto ansiedad depresión	1	1%	88%
BN y TLP	1	1%	88%
AN y ansiedad	4	3%	92%
TPA y ansiedad	1	1%	92%
TPA y TLP	1	1%	93%
AN y mixto ansiedad y depresion	6	5%	98%
BN y ansiedad	1	1%	98%
AN y TAB	1	1%	99%
AN y TOC	1	1%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

Si bien hay una preponderancia de AN y BN que coincide con la literatura relacionada del tema, también se observa un amplio margen de diagnósticos no especificados por lo cual se infiere una alta la complejidad, así como una gran la heterogeneidad de los TCA.

**Tabla 27.***Frecuencias de SEVERIDAD*

<b>SEVERIDAD</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Leve</b>	12	9%	9%
<b>Moderado</b>	39	30%	39%
<b>Grave</b>	79	61%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La alta proporción de casos graves enfatiza la urgencia y la complejidad del abordaje terapéutico en esta población.

**Tabla 28.***Frecuencias de hospitalizaciones mientras está en el programa*

<b>Hospitalizaciones mientras está en el programa</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>0</b>	122	95%	95%
<b>1</b>	7	5%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La baja tasa de hospitalización podría indicar una buena estabilidad clínica en la mayoría, aunque se debe monitorear estrechamente a los casos críticos.

**Tabla 29.***Frecuencias de motivo de hospitalizaciones*

<b>Motivo hospitalizaciones</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>No aplica</b>	123	95%	95%

<b>inestabilidad hemodinámica</b>	1	1%	95%
<b>intento suicidio</b>	3	2%	98%
<b>Gravedad de TCA</b>	3	2%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

Si bien los motivos específicos de hospitalización son bajos, la presencia de intentos suicidas como causa refuerza la importancia de la vigilancia continua en salud mental.

### **Tabla 30.**

*Estado actual del paciente*

<b>Estado Actual</b>	<b>Frecuencias</b>	<b>% del Total</b>	<b>% Acumulado</b>
<b>Activo</b>	90	70%	70%
<b>Finalizó</b>	30	23%	93%
<b>Abandono</b>	9	7%	100%

*Fuente:* Elaboración propia

Hay una alta tasa de continuidad (70% activos), lo cual es positivo. Esta tasa sugiere que hay eficacia del programa. Sin embargo, hay también un porcentaje de 7% de abandono que requiere nuevas estrategias para mejorar la adherencia.

### Discusión

Los hallazgos de este estudio confirman que los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) afectan con mayor frecuencia a mujeres jóvenes, en línea con lo reportado por la literatura (López & Treasure, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2024). No obstante, su perfil clínico es complejo y abarca factores psicológicos, conductuales y sociales, más allá del componente traumático.

En primer lugar, se evidencia una alta comorbilidad con estados emocionales disfuncionales, especialmente la ansiedad y la depresión además de trastornos del estado de ánimo, trastorno obsesivo-compulsivo y otros trastornos psiquiátricos. Como se ha visto en estudios recientes donde la presencia de trastornos afectivos aumenta significativamente el riesgo de empeoramiento del cuadro clínico y complica la adherencia al tratamiento (Arija *et al.*, 2022; Castañeda *et al.*, 2024; Infobae, 2025, un entorno afectivo adverso puede aumentar y potenciar la gravedad de los síntomas del TCA y dificulta el proceso terapéutico. En nuestro estudio, los índices elevados de depresión recurrente y trastornos de ansiedad muestran que las atenciones integrales se requieren de manera simultánea el TCA y sus comorbilidades psiquiátricas.

Adicionalmente, los rasgos de personalidad tienen un papel relevante en la etiología y evolución de los TCA. Características como el perfeccionismo, el temor al rechazo y la baja autoestima se han identificado como factores predisponentes que, al interactuar con la presión sociocultural, pueden desencadenar y perpetuar las conductas disfuncionales asociadas al trastorno (Castañeda *et al.*, 2024; Molina-Ruiz *et al.*, 2019). La presencia de una alta recurrencia de conductas compensatorias – evidenciada en nuestro estudio

con un 61% de restricción alimentaria diaria – respalda la hipótesis de que la impulsividad y la falta de habilidades en la regulación emocional son elementos centrales en el mantenimiento de estos trastornos (García-Volpe & Murray, 2023).

Este hallazgo muestra la alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas como la depresión y los trastornos de ansiedad, las cuales comprometen la efectividad del tratamiento si no se aborda integralmente (Hambleton *et al.*, 2022; Riquin *et al.*, 2021). Se encontró ideación suicida y de intentos de suicidio (34% en ambos casos), lo cual es alarmante porque indica severidad en el cuadro clínico. Implementar estrategias de monitoreo e intervención inmediata en salud mental es urgente, más si se tiene en cuenta que los últimos estudios con respecto al tema muestran que los pacientes con TCA y comorbilidades como la depresión y la ansiedad suelen transitar desde pensamientos suicidas a conductas autolesivas o intentos suicidas (Castañeda-Quirama & Restrepo, 2023; Rodríguez *et al.*, 2013).

Por último, se resalta la complejidad del abordaje en esta población al remarcar que lo encontrado frente al tiempo de estancia en el programa (con una media de 14.36 meses) y la alta proporción de casos clasificados como graves (61%). Hay una gran cantidad de pacientes (69%) que manifestó un deseo fuerte de cambio (69%), sin embargo, debido a que existen patrones rígidos en las conductas alimentarias y la presencia de comorbilidades el tratamiento debe ser más prolongado y personalizado. Esto muestra la necesidad de que las intervenciones integren abordaje nutricional, psicológico y psiquiátrico, es decir, multidisciplinarias para optimizar la efectividad del tratamiento y mejorar la calidad de vida de los pacientes (National Institute of Mental Health, 2024).

La evidencia obtenida en este estudio confirma la alta prevalencia de comorbilidades psiquiátricas en pacientes con Trastornos de la Conducta Alimentaria

(TCA), siendo los diagnósticos de ansiedad (45 %) y depresión recurrente (45 %) los más frecuentes. Este hallazgo es consistente con investigaciones clínicas recientes, como la de Castañeda-Quirama y Restrepo (2023), donde se señala que estas dos condiciones emocionales aparecen de manera reiterada en los perfiles diagnósticos de pacientes con TCA, ya que “casi la cuarta parte (24.8%) de las mujeres del grupo con riesgo TPA tenían diagnóstico de trastorno de depresión y casi la mitad (42.9%) tenían diagnóstico de trastorno de ansiedad” (Castañeda-Quirama & Restrepo, 2023, pág. 7).

En ambos estudios se resalta que estas comorbilidades no se presentan como elementos marginales, sino que están estrechamente vinculadas con la aparición, el mantenimiento y la gravedad del trastorno alimentario, afectando significativamente el pronóstico terapéutico. Además, la elevada proporción de pacientes medicados con antidepresivos (59 %) y ansiolíticos (11 %) en esta muestra permite corroborar clínicamente la necesidad de abordajes que integren tanto la salud mental como el tratamiento específico del TCA, dado que las alteraciones emocionales inciden en la adherencia terapéutica y en la posibilidad de remisión de los síntomas alimentarios.

### **Conclusión**

Los resultados de este estudio que tuvo una muestra 130 pacientes del programa de TCA en el Centro de Inmunología y Genética de la ciudad Medellín permiten dilucidar el perfil clínico y sociodemográfico estos pacientes.

En este trabajo se analizó el perfil clínico y social de los pacientes que asisten al programa de TCA en el Centro de Inmunología y Genética, en Medellín. Se tomaron 130 casos y, al mirar los datos, se encontró que una mayoría eran mujeres jóvenes. Esto ya se había visto antes en otros estudios que dicen que los TCA son más comunes en mujeres (Duarte & Mendieta, 2019; Organización Mundial de la Salud, 2024). Además, se detectaron otros trastornos asociados: ansiedad fuerte, depresión, problemas para manejar las emociones, y en algunos casos también hubo autolesiones o ideas suicidas. Todo esto muestra que el TCA no se puede ver solo como una enfermedad en sí misma. Hay que tener en cuenta también lo que hay detrás: emociones, historias difíciles, traumas, cosas que vivieron desde pequeñas, y también lo que la sociedad espera del cuerpo y del comportamiento. Por eso, más que una enfermedad puntual, el TCA parece una forma de expresar un sufrimiento que tiene muchas causas mezcladas.

También se notó que la duración del tratamiento es bastante variable entre pacientes, aunque en promedio se extiende por más de 14 meses. A eso se suma que muchos de los casos analizados fueron clasificados como graves, lo cual deja claro que no basta con una intervención general, sino que se necesitan tratamientos más ajustados a cada persona y que duren el tiempo que sea necesario. Otro punto importante es que en varios pacientes se vieron conductas muy rígidas para compensar lo que comen, además de una fuerte creencia en la delgadez como ideal. Esto hace que el enfoque no pueda limitarse solo al tema de la

comida. Hay que mirar también lo que pasa a nivel emocional, social y dentro del entorno familiar. Por todo eso, los resultados muestran que lo mejor es trabajar con equipos de profesionales que puedan ayudar desde lo nutricional, lo psicológico y lo psiquiátrico al mismo tiempo. También sería clave que las políticas de salud y los programas de prevención tengan en cuenta esta complejidad, para que la atención que se brinde sea realmente útil y ayude a mejorar la vida de quienes atraviesan por estos trastornos.

### Referencias

- Afifi, T., Sareen, J., Fortier, J., Taillieu, T., Turner, S., Cheung, K., & Henriksen, C. (2017). Child maltreatment and eating disorders among men and women in adulthood: Results from a nationally representative United States sample. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1281-1296. <https://doi.org/10.1002/eat.22783>
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5. Panamericana.  
<https://www.federaciocatalanatdah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoyestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Castañeda, T., Gaviria, A., Casadiego, R., & Restrepo, J. (2024). Factors associated with eating disorders in Colombian gym-going women: A risk model for exercise dependence. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 29(2), 99-112.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.5944/rppc.38491>
- Castañeda-Quirama, T., & Restrepo, J. E. (2023). Mujeres con riesgo de trastorno por atracón que van al gimnasio: esquemas maladaptativos, afrontamiento del estrés y trastornos emocionales. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 14(1), 1-15.  
<https://doi.org/https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2024.1.784>
- Congreso de la República de Colombia. (18 de febrero de 1981). Por la cual se dictan Normas en Materia de Ética Médica. [*Ley 23 de 1981*]. DO: 53.158 - 23 de junio de 2025. [http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/c-620\\_2008.html](http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/c-620_2008.html)
- Conti, C., Lanzara, R., Scipioni, M., Lasenza, M., Guagnano, M., & Fulcheri, M. (2017). The Relationship between Binge Eating Disorder and Suicidality: A Systematic

Review. *Frontiers in Psychology*, 8(2125), 1-8.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.02125>

Cuadro, E., & Baile, J. (2015). El trastorno por atracón: análisis y tratamientos. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 6(2), 97-107.

<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>

Duarte, J. M., & Mendieta, H. (2019). Trastornos de la Conducta Alimentaria. Problema de Salud Pública. *Inteligencia Epidemiológica*, 9(1), 33-38.

<https://ddsisem.edomex.gob.mx:24243/index.php/iecevece/article/view/96>

Fairburn, C., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy Journal*, 41(5), 509-528. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)

García-Volpe, C., & Murray, M. (2023). Alteraciones del comportamiento alimentario: anorexia, bulimia, atracones. *Protocolos*, 1, 519-534.

[https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/42\\_alter\\_anorexia.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/42_alter_anorexia.pdf)

Hambleton, A., Pepin, G., Le, A., Maloney, D., Touyz, S., & Maguire, S. (2022).

Psychiatric and medical comorbidities of eating disorders: findings from a rapid review of the literature. *Journal of Eating Disorders*, 10(132), 1-23.

<https://jeatdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40337-022-00654-2>

Hughes, E., Goldschmidt, A., Labuschagne, Z., Loeb, K., Sawyer, S., & Le Grange, D.

(2013). Eating disorders with and without comorbid depression and anxiety: similarities and differences in a clinical sample of children and adolescents.

*European Eating Disorders Review*, 21(5), 386-394.

<https://doi.org/10.1002/erv.2234>

Khosravi, M. (2020). Eating disorders among patients with borderline personality disorder: understanding the prevalence and psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 8(38), 1-39. <https://doi.org/10.1186/s40337-020-00314-3>

López, C., & Treasure, J. (2010). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: descripción y manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22(1), 85-97. [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(11\)70396-0](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(11)70396-0)

Marín, S., & García, A. (2023). Uso de redes sociales y factores de riesgo para el desarrollo de trastornos relacionados con la alimentación en España: una revisión sistemática. *Atención Primaria*, 55(11), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102708>

Ministerio de Salud y Protección Social. (4 de octubre de 1993). por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. [Res. 008430/93]. DO. No. 23454 del 4 de octubre de 1993. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>

Ministerio de Salud y Protección Social. (7 de noviembre de 2018). Por la cual se adopta la Política Nacional de Salud Mental. [Resolución 4886 de 2018]. MINSALUD. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Mitchell, K., Mazzeo, S., Schlesinger, M., Brewerton, T., & Smith, B. (2012). Comorbidity of partial and subthreshold PTSD among men and women with eating disorders in the

national comorbidity survey-replication study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(3), 307-315. <https://doi.org/10.1002/eat.20965>

National Institute of Mental Health. (2024). Eating Disorders.

<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/eating-disorders>

Organización Mundial de la Salud. (10 de octubre de 2024). La salud mental de los adolescentes. OMS. <https://acortar.link/j8Yb2G>

Patel, R., Machado, T., & Tankersley, W. (2021). Eating Disorders and Suicidal Behaviors in Adolescents with Major Depression: Insights from the US Hospitals. *behavioral sciences*, 11(5), 1-8. <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/bs11050078>

Riquin, E., Raynal, A., Mattar, L., Lalanne, C., Hirot, F., Huas, C., . . . Godart, N. (2021). Is the Severity of the Clinical Expression of Anorexia Nervosa Influenced by an Anxiety, Depressive, or Obsessive-Compulsive Comorbidity Over a Lifetime? *Frontiers Psychiatry*, 12(658416), 1-11.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.658416>

Rodríguez, M., Rodríguez, N., Gempeler, J., & Garzón, D. (2013). Factores asociados con intento de suicidio y comportamientos de autolesión no suicida en pacientes con trastornos del comportamiento alimentario. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 43(S1), 19-26. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2013.11.007>

Saleem, M., Sattar, S., Maryam, Z., & Bin Ismail, R. (2014). Link between eating disorders and depression. *Pakistan Journal of Commerce and Social Sciences*, 8(3), 925-937. <https://www.econstor.eu/handle/10419/188178>

Sander, J., Moessner, M., & Bauer, S. (2020). Depression, Anxiety and Eating Disorder-

Related Impairment: Moderators in Female Adolescents and Young Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 18(5), 1-12.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerph18052779>

Wilson, K., & Kagabo, R. (2024). Bulimia nerviosa y disparidades relacionadas con el tratamiento: una revisión. *Frontiers in Psychology*, 25, 1-11.

<https://doi.org/https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1386347>

Wojciech-Pilecki, M., Józefik, B., & Sałapa, K. (2013). The relationship between assessment of family relationships and depression in girls with various types of eating disorders. *Psychiatria Polska*, 47(3), 385-395.

<https://www.psychiatriapolska.pl/pdf-154555->

[79104?filename=Zwiazek%20oceny%20relacji.pdf](https://www.psychiatriapolska.pl/pdf-154555-79104?filename=Zwiazek%20oceny%20relacji.pdf)